

总 论

绪 论

临床医学 (Clinical Medicine) 是研究诊断和治疗疾病的学科群, 属于应用科学。近年来, 在生物学、物理学、化学、数学、基础医学等现代科学技术飞速发展的基础上, 临床医学处于内容不断更新的阶段, 进入了一个蓬勃发展的新时期。

【医学模式的转变】 1977 年美国身心医学家恩格尔 (Engel GL) 在著名的《科学》杂志上发表了题为“需要一个新的医学模式——生物医学模式面临的挑战”的文章, 首先提出了“医学模式”的新概念。从此医学模式作为一个重要的问题引起世界医学界的高度重视, 并对整个医学领域产生了重大的影响。20 世纪以前的 400 余年间, 医学在生物学发展的基础上, 以实验医学和病理学为支柱, 形成了“生物医学模式”。这一模式立足于生物科学的基础上, 认为每一种疾病都必须也能够在器官、细胞和生物大分子上找到可测量的形态和 / 或化学变化, 都可以确定出生物的和 / 或理化的特定原因, 都应能找到相应的治疗手段。特别是近年来, 生物医学以分子生物学为带头学科, 已形成一个有五十多个门类数百个分支的庞大学科体系, 在阐明疾病机制和创新治疗技术方面获得了显著的成就, 大大地促进了医学科学的发展。

但随着人类文明的进步和科学技术的发展, 人群中年龄结构、疾病谱、死因谱、生活方式和行为、生活环境和社会环境等均发生了明显的变化, 生物医学模式日渐显露出严重的局限性。为达到整体健康的目的, 在预防和治疗实践中, 不仅要注意影响人群健康的生物学因素, 同时也要注意心理、环境和社会因素。据统计, 我国 1954~1959 年疾病死因中的前 4 位是呼吸系统疾病、急性传染病、结核病和消化系统疾病, 而目前居死因前 4 位的是脑血管病、心血管病、恶性肿瘤和意外死亡 (占 9.36%)。疾病的发展除了与理化、生物因素有关外, 心理紧张、吸烟、环境污染、行为方式等因素也起着相当重要的作用。至于公害、交通事故、自杀、吸毒、酗酒、饮食过量及各种心因性疾病显然与心理、社会因素有关。资料显示, 目前对健康危害最大的因素是不良生活方式 (占 44.7%), 生活方式问题主要与脑血管病、心血管病和恶性肿瘤有关; 环境因素 (占 18.2%) 与意外死亡密切相关; 保健服务制度的因素已占 9.3%, 而生物学因素只占 27.8%。国外的资料与此相似。

大量事实表明, 心理因素、社会因素对人体的健康和疾病有着不可忽视的影响, 尤其是社会已进入一个新的历史阶段, 高科技的广泛应用, 人口的高速增长、生活环境和方式的改变所带来的生活节奏加快、竞争激烈、环境污染、生态平衡失调等一系列社会因素, 越来越严重地威胁着人类的健康。然而, 只注意人体形态、功能、生理、生化变化的生物医学模式, 不能解决上述日益增长的心理、社会因素对健康的影响, 从而必须从一个新的高度来认识和研究疾病的社会防治问题。因此, 生物医学模式的转变是现代社会发展的必然趋势, 也是现代医学发展的必然趋势。

此后, 加拿大学者 Lalonde 和美国学者 Blum 也相继提出了“生物 - 心理 - 社会医

学模式”。这一新模式在重视和肯定生物因素的前提下，把人类的健康置于社会系统中，而非只把健康视为单纯的生物学问题，恢复了心理、社会因素在医学研究对象中的地位。因此，人们对医学的需求由面向个体的医疗保健，向面向群体的卫生保健转化；对疾病的防治则更重视与心理、社会和环境因素密切相关的非传染病；将疾病的医治扩展到对人群的健康监护，以提高生活质量。健康不仅是指体强无病，而且要有健全的身心状态和社会适应能力（摘自 1984 年《世界卫生组织宪章》）。就卫生服务来讲，应把病人作为患有疾病的、有心理活动的、处于现实社会中的活生生的人来对待。卫生服务的目标应强调其整体观，从局部到全身，从医“病”到医“人”，从个体到群体，从原有的生物医学范畴扩展到心理医学和社会医学的广阔领域。医学模式的转变给医学科学及医疗卫生事业带来了巨大的变化，对包括内科学在内的整个医学领域的发展都具有重要的指导意义。

【临床医学的主要特征】临床医学不同于一般的应用科学，有其固有的特点，其主要特征如下：

1. 研究和服务对象的复杂性 医学的研究和服务对象是人，人的生命活动受到各种自然因素和社会因素包括心理因素的综合作用，因此其复杂性大大超过其他自然科学。至今生命科学中的未知领域远比其他自然科学为多，有待于在医学实践中不断探索和解决的问题很多，例如肿瘤、原发性高血压等疾病的病因远没有搞清。

2. 临床工作的紧迫性 临床上面对的是病人，不可能等待未知因素全部搞清楚后再去防治，只能努力减少这些未知因素，最大限度地缓解病人的痛苦，挽救和延长病人的生命。这是与许多应用科学的显著区别之一。尽管肿瘤的病因尚未完全搞清，但医学家们的不懈努力已从基因突变和环境发现了与肿瘤相关的一些因素。应用高科技，如甲胎蛋白（AFP）检测、CT、MRI 等，使肿瘤的早期诊断、早期治疗成为可能。随着科学研究的进展，将使更多的患者免受疾病的痛苦。

3. 医学上的重大课题多在临床实践中提出 从医学发展的历史可以看到，对疾病的新认识都是由临床医学而不是基础医学开始启动。例如艾滋病（AIDS）就是首先在临床上发现一批病人具有相似的免疫力低下的一系列病症，确定为一种未知的新病种，从而基础医学深入研究其本质。对疾病的认识也是从临床上先总结出这些疾病的表现规律，然后才进行基础研究。至今仍有大量疾病的病因、发病机制及临床特征不能圆满地解释。因此，临床医学事实上起着科学发现和科研起点的作用。在临床上，要从防治疾病的要求出发，善于发现问题，不放过一切科学发现的机会。

4. 临床医学是检验医学成果的基础 无论是基础医学还是其他学科的医学成果，都必须在临床的应用中得以检验。离体研究的成果不一定适用于整体或在体的情况；动物实验的结果并不能完全取代人体实验的结果。例如在动物实验发现 cAMP 依赖性正性肌力药具有良好的血流动力学作用，人们曾对其临床应用寄予厚望。可是临床应用后发现这类药物会明显增加猝死率，最终将其排除在充血性心力衰竭的治疗之外。并且引起学者们的思考和深入研究，推动了心力衰竭概念的演变，而使人们对心力衰竭发病机制的认识进入了“神经内分泌作用的新阶段”。

【临床医学的学科分类】临床医学研究人类疾病的诊断与治疗，而人类的疾病繁多，据世界卫生组织编写的《国际疾病分类》（第九版）中记载，已多达 1 万多种。临

床医学以不同的方式将疾病归类，形成各种临床学科，大体上有五种分类方式。

1. 按治疗手段建立的学科 以药物治疗为主的疾病归在内科学，而以手术治疗为主的疾病归在外科学。在现代医学中，按治疗手段建立的学科还有理疗学、放射治疗学、核医学等。另外没有受到足够重视的营养治疗学和心理治疗学也在此列。

2. 按治疗对象建立的学科 传统的妇产科学、儿科学都有特定的治疗对象及其治疗特点。近年来逐渐完善和发展起来的还有以 60 岁以上的老年人为对象的老年病学；从儿科、产科分化出来的针对妊娠 26 周（或 28 周）到产后 1 月（或 1 周）的产妇、胎儿和新生儿的围生医学；以多脏器损害和表现的危重病人为研究对象，已建立了危重病医学；面对各种与职业有关疾病的职业病学；专门研究男性生殖系疾病的男性病学等，都属于按治疗对象而建立的学科。

3. 按人体的系统或解剖部位建立的学科 这类学科研究的目标十分清楚，如口腔科学、皮肤性病学、眼科学、神经病学、耳鼻喉科学、内分泌学等。这类学科的数目还在不断增加，不少以前作为内科和外科（二级学科）的专业，现在逐渐形成独立的学科（三级学科），如心血管内科、呼吸内科、肾脏内科、骨科学、泌尿外科、胸外科等。这类学科在研究及临床上，特别要注意人体的整体性，因为局部的病变往往是全身疾病的部分表现。

4. 按病种建立的学科 这类学科的研究对象往往是具有相同病因或特点的一组疾病，如结核病学、肿瘤学、精神病学等，这些疾病累及多个系统，涉及内、外、妇、儿等多个学科。如结核病可发生在各年龄段、不同性别的患者，侵袭机体可发生结核性脑膜炎、结核性盆腔炎、肠结核、肾结核、结核性心包炎等。

5. 按诊断手段建立的科学 有些疾病的诊断需要特殊设备与技术，有些需多学科协同诊断，特别随着科学技术的发展，出现了不少新的诊断手段，渐而建立起具有特色的新学科。按检查手段分类的有临床病理学、医学检验学、放射诊断学、超声诊断学。目前已提出将影像诊断技术（X线、CT、MRI、超声、同位素等）统一成立医学影像学，有利于各种诊断技术间的协调、补充、融合，从而提高诊断水平。

【医学工程技术在临床医学发展中的地位和作用】医学工程技术从广义上讲，是泛指医学领域中使用的一切仪器设备、人工脏器等的开发、研制技术；狭义上指有关现代生物医学工程学应用研究的工程技术。20 世纪 60 年代以来，由于医学领域不断引入新技术，从而产生了与医学密切结合、以满足医学研究和临床诊治的需求为目的的工程技术方面的新学科，即生物医学工程学。生物医学工程学是用工程技术的原理和方法探索生命奥秘，并用于疾病诊治的一门新兴的边缘学科，成为生命科学与工程相结合的独立学科。

医学的发展历来与科学技术的进步密切相连。现代医学工程技术为现代医学的发展提供了必要的手段和方法，以医用工程学和生物工程学为主要内容的医学技术革命，促进了整个医学领域的突飞猛进，使得医学研究、疾病的诊治水平向前迈进了一大步。

1. 深化了医学的认识水平 16 世纪显微镜的发明和切片、染色相应技术的改进，使医学的认识迈进细胞水平。电子显微镜和扫描电镜的问世，以及相配套的超薄切片技术、冷冻切片技术、放射性同位素标记、荧光标记技术等一系列医学技术的应用，将医学的认知推进到超微结构的亚细胞水平。近年来遗传工程技术和分子生物学技术正被用

于研究影响遗传的各种因素、基因的细微结构和相互作用的机制。可望通过识别病损和突变基因，快速、早期诊断疾病；也可望通过干预或用健康的基因代替病损基因来治疗疾病。这一系列新的现代医学工程技术不仅开辟了一条防治疾病的新途径，也使人们对疾病的认识深入到了分子水平。

2. 推动临床诊断和治疗水平的提高

(1) 临床诊断技术的提高 现代医学工程技术提供了各种先进的设备和仪器，对探究病因、确定病变部位和判断机体功能状态发挥了重大的作用。血、尿常规目前都可用全自动生化分析仪完成，血细胞分析只需不到 2ml 的全血，数分钟内可得出各种结果。电子计算机断层摄像（CT）利用电子计算机技术快速处理 X 线扫描所得到的光量信息，显示体内某一层组织的密度影像而进行临床诊断。1972 年英国研制的第一台 CT 的分辨率比普通 X 线强 100 倍。十多年来经历了 4 代更替，应用范围从头部扩展到全身，扫描时间由 5min 缩短到 2s，最新的第 5 代 CT 扫描时间仅为 1/100s。内窥镜已由硬管、半软管发展到光导纤维，每一进展都是对医学发展的促进。光导纤维内窥镜已应用于消化道、腹腔、泌尿道、子宫、呼吸道、心脏、关节、头颅等几乎所有脏器的直接观察和疾病的诊断。近年来内窥镜又与超声技术相结合，形成新的超声内窥镜技术，可观察体外超声和体内内窥镜不能达到的部位，大大促进了诊断水平的提高。20 世纪 70 年代以来内窥镜除了可行直接观察和活体检查外，又向治疗方向发展，如在内窥镜上结合了电灼、冷冻、激光等技术，用于食管、胃、腹腔内脏器的治疗。

(2) 治疗技术的提高 介入性治疗的发展就是以导管技术及相关器械的新进展为基础的，例如经皮穿刺腔内冠状动脉成形术（PTCA）是用球囊导管逆行送入冠状动脉狭窄处，加压充盈球囊，扩张狭窄处使血管内径增大，从而改善心肌血供。自 1977 年第一例 PTCA 术开展以来，由于该技术简便、创伤小已成为当今冠心病的主要治疗技术之一，并因此而掀起了心血管病学的一场革命，形成了心血管病学中一门独立的分支学科——介入心脏病学。20 世纪 80 年代第一例由导管引入，在冠状动脉狭窄处放置具有自动扩张性能的支架，在临床上获得成功。冠脉内支架大大减少了 PTCA 的再狭窄率和血管急性闭塞、血管内膜撕裂所致 PTCA 的失败。针对 PTCA 对偏心、血管开口处病变的低成功率和高合并症率，人们寄希望于直接将病变组织切除。为此着手研究并成功研制了一系列工艺特殊非常精细的导管，建立了冠脉内膜斑块旋切术、冠脉内膜切吸术等。80 年代，经导管光纤导激光能系统研制成功，可气化冠脉内的粥样硬化斑块，使血管再通或狭窄消除，血运重建。近年来将射谱能量用于血管成形而成为射谱热球囊冠脉成形术，并在日本、丹麦、西班牙等国进行临床实验，在处理 PTCA 术中急性内膜撕裂方面取得了良好的效果。这些新技术随着广泛的临床应用和研究，导管工艺及器械的不断改进和提高，大大拓宽了冠心病介入治疗的适应证，减少并发症而提高疗效。

外科手术与新技术相结合，产生了一系列现代外科技术。例如腔镜技术已使外科手术的概念大大改变，不开腹进行胆囊、卵巢囊肿摘除等腹腔手术已得以推广，不开胸的胸腔手术也已在临床上应用。人工低温术和人工心肺机的应用开拓了心脏外科的新领域。器官移植技术是现代外科技术的又一飞跃，各种人工器官的研究开发和利用已形成一门新的分支学科——移植外科，成为取代病变器官的重要手段。此外，无痛无血的激

光手术刀、超声波手术刀等广泛应用于外科手术，大大减少了病人的创伤，拓宽了手术治疗的适应证，提高了手术质量和水平。

总之，临床医学实践中所遇到的问题向医学工程学不断提出新的需求，促进了医学工程学的发展；另一方面，临床医学的诊治水平的提高离不开科学技术的发展，每一项医学工程技术的新成果又大大推动了临床医学的进步。

【现代医学发展的特点】

1. 向微观深入与宏观扩展

(1) 形成了一大批以分子生物学为带头学科的分分子医学学科群 研究工作由细胞水平向亚细胞水平，甚至分子水平深入，形成了一批如分子药理学、分子肿瘤学、分子内分泌学等新的学科。使得一些疾病的病因研究获得了重大突破，基因诊断、基因治疗和基因工程显示出良好和广阔的前景。

(2) 向群体、环境、社会与人的健康和疾病的关系进行全面的 研究在“生物－心理－社会”新的医学模式指导下，环境医学、社会医学、职业医学、地理医学、宇宙医学、临床流行病学等一批新学科出现。

2. 学科体系微分化与积分化并进

(1) 专业化程度越来越高，向纵向和横向分化 现代医学在近代医学分科的基础上，随着高科技的发展和应用，产生了许多新的研究对象，因而学科不断分化，专业化程度越来越高。这种学科的精细分工朝纵向和横向发展，如心血管内科纵向分化出心电图学、介入性心脏病学、临床电生理学、分子心脏病学等；外科学横向分化形成腹部外科、骨外科、泌尿外科、胸外科、心脏外科、整形外科、显微外科、器官移植外科等。据日本统计，全世界目前已有独立的医学专业学会 500 余个，医学新兴学科和边缘学科就达 219 个。

(2) 各学科的相互渗透与综合 在医学专业不断分化的同时，学科间的相互交叉和渗透，是现代医学的又一显著特点。如儿科学、妇科学、产科学之间的相互渗透形成了围生医学；数学和医学间的相互渗透和综合，形成了卫生统计学；其他还有临床药理学、介入诊治学、仿生学等。

3. 人文社会科学与医学的交叉和渗透 人文科学和社会科学，如哲学、经济学、法学、伦理学等，与医学的交叉和渗透也日益加强，产生了诸如社会医学、心理学、行为学、医学伦理学、卫生经济学等新学科。哲学对医学的指导作用越来越受到重视。特别是近年来，循证医学（Evidence－Based Medicine）的新概念被逐渐引入临床医学领域，不仅改变了以个人临床经验和推论为基础的认识方式，还改变了以病理生理学等实验或临床指标为评价标准的临床实践，以小范围或小规模临床研究结果为基础制定临床指导原则的传统医学模式，推动了医学思维方法的转变和更新，为医学工作者提供了正确的逻辑思维方式及快速获取信息的方法，指导临床医学实践，成为科学防病治病的指南。

4. 现代医学技术具有高科技的特色 临床医学在充分应用基础医学和高科技最新成果的基础上，不断创新诊断和治疗方法。在诊断方面，影像学包括 CT、MRI、数字减影、超声、同位素等医学图像的计算机处理技术达到高度精确；应用医用光导纤维技术的各种内窥镜和导管等无创、低创性直视检查技术，可深入到人体各个脏器和部位，

获得准确的形态、功能、病理诊断；21 世纪诊断学的突破可能通过人体基因谱的分析，全面检出遗传性和与遗传因素有关的疾病，使得这类疾病能够得到早期发现和准确诊断。在治疗方面，应用高科技，包括基因工程技术对新药、生物技术产品、大量自然药物的开发，大大丰富了治疗手段，提高了疗效；通过内窥镜操作手术，不仅大大降低了手术的创伤，而且使外科学经历了深刻的变革；心脏起搏器、人工器官等高科技产品应用于临床，使得一批以往无法治疗或终末期病人重新获得了新生；21 世纪治疗学上的最大突破可能是基因治疗，不仅可能用相对简便的方法治疗众多基因缺陷与变异所致的疾病，而且还可能通过基因重组和修补，改进人体的生理功能。高科技不仅是临床医学发展的原动力，而且也是现代医学的基础和灵魂。

【学习临床医学概论的要求和方法】

1. 拓宽知识面，全面了解临床医学 尽管非临床医学专业的培养目标不是直接服务于病人的临床医师，但是这些专业仍属于医学范畴或是与医学交叉的边缘学科，培养日后为医学和间接为病人服务的专业人员。因此，全面了解临床医学就十分重要。学习的重点是拓宽知识面，全面了解疾病的全貌，尤其是疾病的诊断，而不是治疗。

2. 注重能力的培养 在学习临床医学概论的过程中，要注意培养科学的临床思维方法和分析解决问题的能力，特别要结合本专业及其相关知识，寻求结合部。在了解临床诊治知识的过程中，去发现临床的需求，去思考解决的途径和方法。主动、自觉地调动学习的积极性和兴趣，开发智力，提高思维能力。

3. 培养自学的能力 临床医学与基础学科间有密切的横向联系，其本身也在纵向上不断地变化、更新，日趋丰富。学习过程中切忌死记硬背，要在理解的基础上记忆，不断加深理解。鉴于篇幅所限，临床医学概论只能是概述，无论在广度还是深度方面都十分有限，需要以后不断学习，提高和丰富自己。何况医学处于动态发展的过程中，要树立“终生教育”的观念，学校中得以培养良好的自学能力，必将有助于日后适应工作的需要，并能从自学中得到不断的提高和发展。

（吕卓人

第一篇 诊断技术

第一章 症状学

病人能够主观感受到的不舒适感、异常感觉或病态改变，称为症状，如头痛、乏力、多梦、呼吸困难等。医师或其他人能客观检查到的异常改变称为体征，如心脏杂音、肺部啰音、皮疹、肝脾肿大等。有些异常改变病人自己能主观感觉到，其他人也能客观检查到，所以既是症状又是体征，如呼吸困难、发热等。呼吸困难就既是诊断疾病或鉴别诊断的主要依据或线索，也是反映病情的重要指标之一。疾病的症状很多，同一疾病可有不同的症状，不同的疾病又可有某些相同的症状。因此，在诊断疾病时必须结合临床所有资料，综合分析，切忌单凭某一或几个症状作出错误的诊断。本章仅对临床常见而且比较重要的症状加以扼要阐述。

第一节 发热

【定义】正常人在体温调节中枢的调控下，机体的产热和散热保持着动态平衡，将体温稳定于正常范围内，当体温调节功能发生障碍，如产热多于散热，体温超出正常范围，即称为发热。在大多数情况下发热是机体防御疾病的反应。

【问诊方法】如果病人没有体温记录，则应对他们是否有热或冷的感觉等问题进行仔细的询问。疲乏感、盗汗、头痛或肌肉疼痛是发热时常见的伴随症状。寒战有时是病史中的突出症状，有时十分严重，以致病人诉有牙齿打战或床被摇动。当有发热症状时，应对其起始情况、热型（如下午有发热高峰或持续低热等）、有无寒战以及对退热药的反应等有关问题进行详细询问。由于有很多药物可引起发热，所以还应仔细查询病人的用药情况。

【基础知识】发热初始，每有寒战，这是由于身体在致病因子的作用下，通过运动神经使肌肉收缩所致。发冷、恶寒和皮肤苍白是因为在发热之初，皮肤血管收缩，皮肤温度下降的缘故。发热时，因组织代谢增强，需氧量增加，所以呼吸和心率都加快。高热可引起头痛，甚或导致中枢神经系统功能紊乱，出现意识不清、昏迷、谵妄或惊厥。发热时，因消化功能和胃肠蠕动失调，常出现舌苔增厚、食欲不振、恶心呕吐、腹胀或便秘等。发热病人因身体消耗较大，常觉倦怠无力、肌肉疼痛、周身不适。高热时，可因肾血流量减少和呼吸频率增速导致失水量增加，出现口干、尿量减少或尿液淡黄，退热时伴随散热，则出现大量出汗和皮肤温度降低。

常用于测体温的部位是腋窝、口腔和直肠，在这几个部位测得的体温分别简称为腋温、口温和肛温。肛温受外界影响较小，比较准确。健康人的肛温是 $36.5\sim 37.7^{\circ}\text{C}$ ，口温（舌下）在 $36.3\sim 37.2^{\circ}\text{C}$ ，口温比肛温低 $0.3\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ ，腋温一般是 $36\sim 37^{\circ}\text{C}$ 。体温在早晨较低，下午略高，但 24 h 波动范围一般不超过 1°C 。小儿体温较成人稍高，老年人体温稍低。女性月经期前一周的体温稍高，可较平时高 $0.2\sim 0.5^{\circ}\text{C}$ 。

【临床意义】将不同时间测得的体温数值分别记录在体温单上，再将各体温的数值点连接起来成体温曲线，该曲线的不同形态（形状）称为热型。临床上常见的热型如下：

1. 稽留热 体温恒定地维持在 $39\sim 40$ 左右，一天之内波动范围不超过 1°C ，且持续时间长可延续多日不退，多见于伤寒、大叶性肺炎等。

2. 弛张热 一般为 39 以上高热，一日间的体温波动范围超过 2°C ，常见于败血症、风湿热、重症肺结核及化脓性炎症等。

3. 间歇热 体温急骤上升达 39 以上，持续数小时或更长，然后下降至正常。经数小时或数日的间歇又再次升高，如此反复发作，常见于疟疾、急性肾盂肾炎等。

4. 波浪热 体温逐渐上升，达高峰后又逐渐下降，下降至一定程度后又逐渐上升，如此反复，温度曲线是波浪型，见于布氏杆菌病等。

5. 回归热 高热持续一定时间后退热，高热又再次出现，如此反复数次，见于回归热、淋巴瘤、周期热等。

6. 不规则热 发热的体温曲线无一定规律，可见于结核病、风湿热、支气管炎、渗出性胸膜炎等。

第二节 呼吸困难

【定义】呼吸困难是指患者感到空气不足、呼吸费力；客观表现呼吸活动费力，重者鼻翼煽动、张口耸肩，呼吸辅助肌也参与活动，甚至出现紫绀，并有呼吸频率、深度与节律的异常。临床上常见的呼吸困难有端坐呼吸及夜间阵发性呼吸困难。

端坐呼吸：平卧位时感觉呼吸急促和呼吸困难，躯干上部直立可消失或缓解。

夜间阵发性呼吸困难（PND）：病人入睡后 $1\sim 2\text{h}$ 因阵发性憋气或呼吸困难而醒。

【问诊方法】首先询问病人是否有气短或呼吸困难，如果回答是肯定的，病人常接着描述其发生呼吸困难时的情况。如果病人未能自动诉说有关呼吸困难发生的时间和性质，则应直接询问。如果未能问出当躺下或卧位时发生呼吸困难的病史，也应对此进一步询问。提问包括以下序列：晚上睡觉需用几个枕头？曾否被迫坐位入睡？当躺下时是否有过喘息或咳嗽？是否有过夜间因呼吸困难而醒过来？是否曾为要喘一口气而被迫坐起？如果对上列任何一个问题的回答提示有卧位性呼吸困难，医师应接下去询问病人如何设法缓解其呼吸困难。典型的情况是左心衰竭病人，其缓解的方法是坐在床上或床旁，保持不活动状态。活动量增大会加重呼吸困难，这似乎是一种本能。如果病人需起床并来回走动以缓解其呼吸困难，这种呼吸困难不应归咎于心力衰竭，必须确定症状持续的时间和严重程度。对端坐呼吸的严重程度常以需要多少个枕头方能防止其发作进行描述，对于 PND 常以发作的频度来代表其严重程度。还要询问使用何种药物可使症状

减轻。

【基础知识】端坐呼吸的诱发因素是卧位时胸腔内血容量增多。身体处于水平位置时肺的血容量要比站立位时多 500ml，这种胸腔内的血容量增加使肺活量降低。正常人降低程度很轻，但有端坐呼吸症状的病人，据报道其降低程度可达 25%~35%。较早的观点认为肺活量的下降与心脏增大、肺血管淤血及横膈上升有关。近来的研究表明，肺的顺应性下降可能是更为重要的因素。假若病人取一个更直立的体位，血容量将进行再分配。当右心房位置高于内脏和下肢的水平时，从内脏和下肢回流到心脏的血流量减少，继之，肺淤血减轻，肺的顺应性和肺活量也就增加，端坐呼吸症状消失。夜间阵发性呼吸困难也与肺淤血有关。这种肺淤血的直接原因是衰竭的左心室与功能相对正常的右心室之间排水量突然失衡，而两心室之间的排水量不相称可能是由于右心室的回流量增加所致。有些病人清醒时平卧状态可毫无症状，但入睡后 1~2h 发生阵发性夜间呼吸困难，这必然还有其他的机制参与。平卧时身体下垂部位的液体回吸收，使血管内容量增加导致静脉回流量增加是原因之一，睡眠时能起作用的其他因素包括神经系统的应激性降低，使肺淤血的严重程度超过病人清醒时所容许达到的水平；此外，肾上腺素能的刺激减少，使心室功能进一步下降。心源性哮喘的另一重要因素是支气管痉挛。后者使气道阻力增加，呼吸更为费力。卧位时支气管痉挛的确切机制尚不清楚，但支气管壁的水肿可能是一个重要原因。

【临床意义】端坐呼吸和 PND 是伴有肺静脉和肺毛细血管压力升高的心力衰竭（如左心衰竭和严重二尖瓣狭窄）最为典型的表现，但并非心力衰竭所特有。任何肺部疾患足以使病人需要动员辅助呼吸肌进行呼吸时，均可表现出端坐呼吸，因为平卧位妨碍这些呼吸肌的活动。端坐呼吸的严重程度通常是心力衰竭严重程度的一种自然反映。但如果出现了右心衰竭，肺瘀血的程度可以减轻，这时端坐呼吸困难的症状可得到改善。

第三节 呕血与咯血

一、呕血

【定义】呕吐出肉眼可见的血称之为呕血。

【问诊方法】在临床上呕血与其他症状相比是最容易判断的。呕出的血液可能是鲜红色，且常有血块，血性呕吐物也可能是暗褐色或咖啡渣样物质，这是由于血液在胃中停留了一段时间，血液经胃酸和胃蛋白酶的作用发生了改变。为此应询问病人是否呕出血液，呕吐物是否呈暗褐色或呈咖啡渣样。为明确呕血的量，与病人交谈时可以茶匙或杯为单位进行估算。询问血性呕吐物的性状；与进餐、饮酒或药物特别是阿司匹林类药物的关系。

与呕血同时出现的贫血和休克的有关症状（如虚弱无力、出汗、苍白等），有助于判断出血的严重程度。有关胃出血的过去病史及其病因诊断也应进行询问。还应询问有关家族性出血性疾病史。心血管疾病史可提示有使用抗凝药物的可能。偶尔，咯血与呕血可能混淆不清。首先，咯血是由呼吸道排出的，血呈鲜红色泡沫状，同时是经咳嗽排

出而不是呕出来的。在极少数情况下，病人有大量鼻出血，血被吞下后再吐出来，必须弄清其病史，明确出血的原发灶是鼻子而不是消化道。

【基础知识】呕血是上消化道出血的结果，一般是因十二指肠空肠韧带以上部位出血，动脉或静脉血管破裂、毛细血管损害或凝血障碍所致。胃酸或胃蛋白酶对胃或十二指肠黏膜的消化作用可导致动脉或静脉破裂。胃酸可反流至食管造成食管溃疡或严重食管炎而引起出血。溃疡病是一个极为常见的呕血原因，胃癌溃烂坏死是呕血的次要原因。当胃黏膜屏障被破坏时，胃内的盐酸反向侵蚀黏膜下毛细血管，血液可由之溢出，这种情况常见于服用阿司匹林、吲哚美辛和乙醇等药物后。胆汁返流入胃中也可引起相似的黏膜损害和出血。食管内曲张静脉压力升高以致破裂表现为急性大量呕血。少数情况下，有出血倾向的患者在其他部位出血时，也可合并有胃出血。

【临床意义】上消化道出血和呕血的来源分类如下：

1. 食管 ①返流性食管炎； 静脉曲张； 胃食管连接处撕裂； 食管癌； 主动脉瘤破裂。

2. 胃和十二指肠 ①消化性溃疡； 急性（应激性）溃疡； 胃静脉曲张； 胃炎（阿司匹林、乙醇）； 遗传性出血性毛细管扩张症； ⑥肿瘤：癌肿、肉瘤、良性肿瘤。

3. 其他 ①主动脉小肠炎； 胰腺炎； 胆道出血； 血液恶病质； 抗凝治疗； ⑥胶原性疾病； ⑦尿毒症。

在临床中，最常见的呕血原因是十二指肠溃疡、胃溃疡、糜烂性胃炎（乙醇或阿司匹林所致）、食管静脉曲张和返流性食管炎。

二、咯血

【定义】咯出从肺或气管支气管系统出来的血或带血的分泌物称之为咯血。

【问诊方法】对大多数病人来说咯血是一个可怕的症状，而且常常是就诊的主诉。病人在诉说这一症状时常称之为“吐血”，医生和病人可能都不清楚血的来源。真正的咯血一般是咳嗽引起的。口腔、鼻咽腔或口咽部出血均可流入口中或上呼吸道而无咳嗽。同样，上消化道出血返流也常不伴咳嗽，除非吸入到声带部位或进入气管。如果咯血不是就诊时的主诉，作为完整病史的一部分，临床医生应询问病人是否有过咳出血液或血性黏液的历史。其后，应询问有关量、颜色、性质和持续时间等。确定有无伴发或前驱因素也很重要，如劳累、抗凝治疗或胸部外伤。显然，根据咯血的病史，医生应询问其他有关的症状，特别是咳嗽、呼吸困难、咳痰、体重下降及吸烟情况。

【基础知识】肺脏不仅包含有肺血管系统的分支，而且还有支气管动脉和静脉的分支。由于坏死、糜烂、侵蚀、淤血或损伤使上述血管破裂进入引流的气道内即发生咯血。特别是活动性肺结核，肺实质的干酪样坏死或支气管内膜感染均可引起咯血。其他的气道炎症性病变如支气管炎、支气管扩张等，由于炎性血管增多、黏膜脆薄，再加上咳嗽的牵引使血管损伤破裂，也可造成咯血。肺内肿瘤可因肿瘤本身坏死或因侵蚀附近血管而引起咯血。左房室瓣狭窄时的咯血，其机制可能是由于支气管壁上扩张的支气管和肺静脉之间的吻合破裂所致。肺脓肿、肺梗死、坏死性肺炎和血管炎均可因肺实质的

血管坏死而出血。

【临床意义】虽然高达 40% 的病例最终未能找到咯血的明确病因，但对咯血病人，特别是 40 岁以上的病人，无论咯血量多少，应倾向于考虑有一严重的潜在病变。咯血量的多少对鉴别诊断并无太大帮助。但如果咯血量很大（48h 内 $\geq 600\text{ml}$ ），医生应考虑有必要立即进行外科介入性治疗。大量咯血多见于肺的恶性病变、结核或急性肺化脓症。临床状况和伴发的症状常可提示临床诊断。较年轻的病人慢性咯痰并有反复肺部感染的病史提示为支气管扩张症；脓样痰提示肺脓肿；呼吸困难、胸膜性胸痛和小量的暗红色痰，常提示肺梗死；40 岁以上吸烟者，多因肺癌所致；其他方面健康的年轻妇女间歇性中等量咯血，其间歇期可达 2 年以上者常提示为支气管腺瘤。尽管接受抗凝治疗的病人有可能发生肺部自发性出血，但对这种情况，医生仍应考虑可能有隐匿性肺部病变（如肺癌）。皮肤的毛细血管扩张症可提示为遗传性出血性毛细管扩张症引起的肺内出血。

第四节 腹痛

【定义】腹部疼痛称之为腹痛。

【问诊方法】当病人诉说腹痛时应询问以下问题：

- 什么部位疼痛？因为病人有时不熟悉解剖名词或对之有误解，应请病人用一个手指明确指出疼痛部位。如果病人是面对医生而坐，手指的部位也可能有误。如有可能应请病人站立并暴露腹部，再指明疼痛的部位。进行体格检查时，取卧位可再复核疼痛的确切部位。

- 疼痛向何处放射？或是否先有其他部位疼痛然后转移到腹部？

- 疼痛性质如何？对这种主观的感觉，病人常难以回答，应给病人一些提示以帮助病人描述其疼痛。如是否像饥饿样痛？持续剧痛？痉挛痛？是否有烧灼感？是否有酸、热、压迫感？是否刺痛？

- 疼痛的严重程度？疼痛时仍可继续活动还是被迫停止活动？是否需要躺下？是否需要止痛药物？疼痛是否严重到需要去医院急诊室就诊？

- 伴随疼痛出现的其他症状有哪些？是否伴有恶心、呕吐、腹胀、腹泻、便秘、烧心感、寒战和发热、尿频？尿色有否改变？疼痛发作时是否有黄疸？

- 诱发原因是什么？是在进食后立即发生还是数小时后才发作？是否在进食特殊的食物后发生？是否在饮酒后？是否在服用某种药物后？是否在精神紧张时发生？是否在便秘时发生？是否在身体活动或特定的体位时发生？

- 什么因素可使疼痛缓解？进食？服用抗酸剂？解痉剂？止痛剂？排气、排便？呕吐？嗝气？膀胱排空？取何种特殊体位？

- 对慢性腹痛病人应询问病人的日常生活。日常活动和饮食对诱发和终止疼痛的描述是十分重要的。如是否有夜间发作？是否有痛醒现象？清晨醒来时是否有腹痛？早餐时或早餐后有否腹痛？排便前或排便后是否有腹痛？上午是否有腹痛？午餐前后、下午、晚餐前后还是上床以前发作？是否因疼痛而不能入眠？这种疼痛的规律性对诊断消化性溃疡特别有价值。

• 询问有关疼痛的周期性对慢性腹痛的诊断也很重要。如一年之中是否有某些时期更易发作？是否与季节有关或是病人处于特殊的负荷情况下？是否与月经周期有关？

【基础知识】从腹部传送疼痛刺激的神经通路可简单地分成两组，即传送来自内脏的疼痛刺激（内脏性疼痛）的纤维群和传送腹部非内脏结构的疼痛刺激（躯体性疼痛）的纤维群。除少数例外，内脏性疼痛多由伴随于交感神经的纤维传递。受体包括环层小体和游离的神经末梢，这些受体位于每一种腹腔脏器的壁内，它们对牵引、痉挛的刺激十分敏感，而对神经切断或温度刺激不敏感。神经轴突沿血管直达腹主动脉，再通过无突触神经转送至交感神经节，进入内脏神经，在该处沿其传入疼痛纤维的径路通过脊髓丘脑束的神经元，将刺激脉冲传入大脑皮质，对发生的疼痛刺激进行解释。躯体性疼痛经躯体神经纤维传送，这些纤维支配腹腔各壁层。它们的受体位于腹膜壁层、肠系膜和横膈周边部，这种受体对压力、摩擦、扭转、牵引、化学物质、毒素、酶、浸润和水肿等刺激敏感。

【临床意义】腹腔任何部位和腹外各种器官组织的许多病理过程均可导致腹痛。对于诉说有腹痛的病人，对腹痛症状进行细致的分析是最重要的。中上腹痛最常见的原因是胃、十二指肠、胆和胰的病变。胃源性上腹痛可因内脏传入神经纤维受刺激所致，疼痛位于中线附近，难以准确定位，症状含糊不清，并常与进食有关。无论病变是良性溃疡还是癌性溃疡，只要溃疡受胃酸刺激就常出现腹痛，而进食或服用抗酸剂中和胃酸后，疼痛可立即缓解。

十二指肠溃疡所致腹痛与胃溃疡所致腹痛甚为相似，其疼痛部位在中上腹部略低并略偏右的位置。疼痛倾向于午餐前、晚餐前和半夜发生，此时胃内分泌较多的胃酸未被稀释。

胆囊疾患所致疼痛位于中上腹或右上腹。胆道痉挛引起的疼痛为阵发性剧痛并放射至右上腹和右肩胛下区。另一方面，如因胆囊壁炎症又波及或侵犯腹膜，则疼痛局限于肋下区并恰好在胆囊的部位。疼痛具有躯体性疼痛的特点。

胰源性疼痛也位于中上腹部。由于胰腺为腹膜后脏器，故其病理过程（如胰腺炎或胰腺癌）刺激躯体神经末端。为此，疼痛为躯体性剧痛，至于疼痛是放射到上腹部的右侧或左侧，还是放射到背部和左肩部，则取决于病变的部位和范围。

脐周疼痛提示小肠病变，但末端回肠不在此列，因末端回肠病变常导致右下腹痛。患急性阑尾炎时，典型的过程是疼痛开始于中上腹，几小时后转移至右下腹。这种情况符合躯体性疼痛性质，因为病变过程涉及脏层和邻近的壁层腹膜。结肠性疼痛一般位于脐中部和脐下部。只有当结肠肝曲、脾曲和乙状结肠病变引起腹痛时，才相应位于右上腹、左上腹和左下腹。直肠性疼痛常感觉在下腹部的耻骨上区。

第五节 水肿

【定义】人体组织间隙有过多的液体积聚使组织肿胀称为水肿。水肿分为全身性与局部性。当液体在体内组织间隙呈弥漫性分布时为全身性水肿。液体积聚在局部组织间隙时为局部性水肿。水肿这一术语，不包括内脏器官局部的水肿，如脑水肿、肺水肿等。

【问诊方法】水肿的病史最好从有关“肿胀”开始询问。容量增加或肿胀可以是局限性、多中心或弥漫性、对称性或非对称性的。最常见的水肿部位和有关描述是“脚肿”。对水肿的描述，老的词汇常用“浮肿”，现在也偶尔用之。建立一个水肿病人的病史，须按下列次序进行询问：

你是否曾在某个部位有过浮肿？何处？1天中是否在某一时间更明显？在站立1天后或在早上醒来时？能肯定没有吗？也许有脚和踝部的肿胀？腹部是否肿胀？眼睛周围浮肿？手和手指是否有肿胀？

其他的问题是为了了解肿胀的严重程度；你是否觉得鞋子太紧？是否感到需要放松皮带或换大一号的衣服？早上起床时照镜看不见眼白部分？曾否用过利尿药物帮助排尿（水分）？水肿是否与月经周期有关？水肿总是在某一侧更为明显？是否有医生曾经告诉你有心脏病？肺病？肝脏病？或肾脏病？与浮肿同时是否有周期性情绪恶劣？你本人或直系亲属中是否有糖尿病病史？

【基础知识】在正常人体中，血管内液体不断地从毛细血管动脉端滤出至组织间隙成为组织液，另一方面组织液又不断从毛细血管静脉端回吸收入血管中，二者保持动态平衡，因而组织间隙无过多液体积聚。保持这种平衡的主要因素有：毛细血管内静水压；血浆内胶体渗透压；组织液的胶体渗透压；组织间隙组织压。当维持体液平衡的因素发生障碍时，则可产生水肿。产生水肿的几项主要因素为：钠和水的潴留；毛细血管滤过压升高；毛细血管通透性增高；血浆胶体渗透压降低；淋巴循环受阻。人体有相当强大的生理调节机制使机体维持内在的稳定平衡而不致出现组织间液容量不足（脱水）或容量过多（水肿）。

【临床意义】长期站立后发生的水肿和月经周期伴发的水肿无临床意义。同样，明显肥胖的脸不伴有其他病症的轻度下肢浮肿也常见。但是，病人发生间歇性或持续性水肿则提示有心、肺、肾、肝、内分泌、营养性、免疫性或寄生虫等疾病。对水肿的解释必须首先了解影响组织间液的动力学的基本因素及其形成水肿的作用。周围性水肿本身，除非十分严重，对于身体的功能无明显影响。水肿的临床意义在于是什么原因造成的，同时有什么其他表现以及后果。例如：眼睑部位水肿，同时有血尿、血压升高和呼吸困难则可能提示为急性出血性肾小球肾炎。眼睑水肿、腹部肿胀和泡沫尿可能是肾病综合征的表现。单侧下肢肿胀，站立时呈紫色，表明有潜在的慢性静脉功能不全。

在整个体液循环系统中有很多组成部分，其中任一部分功能障碍都可导致水肿，因此在收集病史时应进行系统的提问，以了解心、肺、肾、肝、胰、肾上腺和甲状腺的功能，以及营养、微生物、新生物和遗传各方面的影响。

第六节 昏迷

【定义】昏迷是高级神经活动受到严重抑制的表现，是一种严重的意识障碍。患者可意识丧失，对刺激失去正常反应或全无反应。根据运动、感觉及反射功能的障碍程度，将昏迷分为浅昏迷和深昏迷两类：

浅昏迷：病人的随意运动丧失，对周围事物及声、光等刺激全无反应，但对较强的疼痛刺激尚存痛苦表情和简单的防御动作。患者的吞咽、咳嗽、角膜反射及瞳孔对光反

应仍然存在，呼吸、脉搏和血压等一般无明显改变。

深昏迷：病人全身肌肉松弛，处于被动体位，对各种刺激全无反应，吞咽、咳嗽、角膜和腱反射及瞳孔对光反应均消失，大小便失禁，仅维持呼吸和心跳功能。

【问诊方法】昏迷病人的病史全靠知情者提供。询问病史时，既要重点突出，以免延误诊治，又要善于随时由各个方面收集资料，综合分析，以便能正确地反映病情。初步问诊的重点应围绕下列 4 个方面。

1. 昏迷是急起的还是缓慢发生的 中毒和物理因素所致者多很急，且出人意料；脑外伤、脑出血引起的昏迷也发生得较快；急性感染性疾病所致者常出现于疾病进入高峰阶段时。代谢性疾病引起的多随病情逐渐加重而缓慢发生。

2. 昏迷是在什么情况下发生的 物理因素引起的常有明确的电击、溺水、中暑等病史。中毒所致者常可问出接触史，如喷洒敌敌畏后发生的应先考虑有机磷药物中毒；居住于通风不良的室内于夜间或早晨被发现处于昏迷状态的，多属一氧化碳中毒；在患慢性疾病的病程中发生的昏迷，多系代谢紊乱引起；在急性病病程中出现的，多为感染所致。

3. 昏迷前后伴有的症状 高热后昏迷的应多考虑为感染性疾病，若同时有脑膜刺激征，则可能为脑膜炎或颅内感染；伴有偏瘫的多为脑卒中或脑瘤；肝性脑病多伴有肝病的症状，如黄疸、腹水、蜘蛛痣等；尿毒症引起的昏迷多伴有水肿、贫血、高血压等。

4. 既往病史 常可作为判定昏迷病因的重要参考。要注意询问是否患有可发生昏迷的疾患，如高血压、动脉粥样硬化、风湿性心脏瓣膜病、肺源性心脏病、肝硬化、慢性肾炎、慢性肾盂肾炎和糖尿病等。

【基础知识及临床意义】昏迷常由许多因素引起，常见因素如下：

1. 感染性疾病 中毒性肺炎、中毒性痢疾、败血症等可因毒素侵入中枢神经而引起昏迷；脑与脑膜的感染引起的昏迷与病原体直接损害中枢神经有关。

2. 颅脑非感染性疾病 脑卒中、脑瘤、颅脑外伤等均可引起昏迷。发生原因与脑组织受到破坏、压迫或脑细胞功能严重障碍有关。

3. 代谢紊乱 肝硬化、糖尿病、尿毒症、低血糖病均可出现昏迷，这是由于脑细胞代谢障碍或代谢生成的有毒物质作用于中枢神经系统所致。

4. 中毒 一氧化碳、安眠药、有机磷农药、酒精等中毒可直接抑制中枢神经系统引起昏迷。

5. 物理因素 高热、中暑、电击、溺水、冻僵等都可使大脑皮质功能受损而发生昏迷。

6. 内分泌功能障碍 脑垂体功能减退、甲状腺功能亢进、甲状腺功能减退、肾上腺功能减退危象等都可引起昏迷。

（舒娟）

第二章 体格检查

体格检查是医师运用自己的感官或借助于简单的检查工具来了解病人身体状况的最基本的检查方法。多数疾病可以通过体格检查再结合病情作出临床诊断。基本检查方法有 5 种：视诊、触诊、叩诊、听诊、闻诊。要想熟练地运用这些方法并使检查结果具有诊断价值，必须具有丰富的医学知识和丰富的临床经验才能做到。

第一节 基本检查方法

【视诊】视诊是医师用视觉来观察病人全身或局部的诊断方法。视诊能观察到全身一般状况和许多全身或局部的体征，如发育、营养、意识状态、面容、表情、体位、姿势等。局部视诊可了解病人身体各部分的改变，但对特殊部位则需要某些仪器帮助检查。

视诊适用范围很广，能提供重要的诊断资料，有时仅用视诊就可明确一些疾病的诊断。但视诊必须要有丰富的医学知识和临床经验作基础，否则会出现视而不见的情况。而且疾病的临床征象繁多，只有通过深入、敏锐的观察才能发现具有重要诊断意义的临床征象。

【触诊】触诊是医师通过手的感觉进行判断的一种诊法。触诊的适用范围很广，可遍及身体各部，尤以腹部为重要。触诊还可以进一步明确视诊所不能明确的体征。手的感觉以指腹和掌指掌面最为敏感，因此触诊时多用这两个部位。

触诊方法 进行触诊时，由于目的不同施加的压力有轻有重，因而可分为浅部触诊法和深部触诊法。

1. 浅部触诊法 用一手轻轻放在被检查的部位，利用掌指关节和腕关节协同动作，轻柔地进行滑动触摸。浅部触诊适用于体表浅在病变、关节、软组织和浅部的动脉、静脉、神经、阴囊和精囊等。

2. 深部触诊法 检查时用一手或两手重叠，由浅入深，逐渐加力以达深部。深部触诊乃主要用于察觉腹腔病变和脏器情况，根据检查目的、手法的不同又可分为以下几种：

(1) 深部滑行触诊法 使腹肌松弛，医师右手并拢以二、三、四指末端逐渐触向脏器或包块，在被触及的脏器或包块上作上下左右的滑动触摸，将左手置于被检查脏器或包块的后部，并将检查部位推向右手方向，用于肝、脾、肾和腹腔肿物的检查。

(2) 深压触诊法 以 1 或 2 个手指逐渐深压，用以探测腹腔深压病变的部位或确定腹腔压痛点。

(3) 冲击触诊法 又称浮沉触诊法。检查时右手三、四指并拢，取 $70^{\circ}\sim 90^{\circ}$ 角，放于腹壁上相应的部位，作数次急速而较有力的冲击动作，在冲击时即会出现腹腔内脏器